



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

**STATEMENT OF RESOURCES
AND EXPENSES
AUFSTELLUNG ÜBER VERFÜGBARE MITTEL
UND AUSGABEN**

(Bitte alle Antworten in Druckschrift eintragen)

AKTEN NAME (Name angeben)
NAME DES ZAHLUNGSPFLICHTIGEN
IV-D AKTENZEICHEN

I. PERSÖNLICHE DATEN

1. ZUNAME VORNAME GEBURTSNAME	2. GEBURTSDATUM	3. SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER	4. TELEFONNUMMER
5. ANSCHRIFT	6. FAMILIENSTAND <input type="checkbox"/> VERHEIRATET <input type="checkbox"/> LEDIG <input type="checkbox"/> GETRENNT		
7. POSTLEITZAHL STADT LAND	8. NAME DES EHEGATTEN		
9. ORT DER TRAUUNG	10. TAG DER TRAUUNG	11. ANZAHL DER IN MEINEM HAUSHALT LEBENDEN KINDER	

II. BESCHÄFTIGUNGSDATEN

1. BERUF	2. ICH BIN DERZEIT <input type="checkbox"/> ANGESTELLT <input type="checkbox"/> ARBEITSLOS <input type="checkbox"/> SELBSTÄNDIG			
3. NAME DES ARBEITGEBERS	4. ADRESSE DES ARBEITGEBERS	POSTLEITZAHL	STADT	LAND
5. NAME DER GEWERKSCHAFT	6. ADRESSE DER GEWERKSCHAFT	POSTLEITZAHL	STADT	LAND

A. KRANKENVERSICHERUNG UND ZAHNBEHANDLUNG FÜR UNTERHALTSBERECHTIGTE

1. KRANKENVERSICHERUNG <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	2. NAME UND ADRESSE DER VERSICHERUNG
3. VERSICHERUNG FÜR ZAHNBEHANDLUNG <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	4. NAME UND ADRESSE DER VERSICHERUNG

B. SELBSTÄNDIG

1. FIRMENNAME	2. GESCHÄFTSADRESSE	POSTLEITZAHL	STADT	LAND
3. GESCHÄFTSFORM <input type="checkbox"/> GESELLSCHAFT <input type="checkbox"/> PERSONENGESELLSCHAFT <input type="checkbox"/> EINZELUNTERNEHMEN	4. STEUERNUMMER			
5. GESCHÄFTSKONTEN BEI				

III. EINKOMMENS- UND VERMÖGENSDATEN (FORTSETZUNG)

D. PERSÖNLICHE BANKKONTEN

1. KONTOTYP	2. NAME UND STANDORT DER BANK	3. KONTONUMMER	4. SALDO ZUM LETZTEN DES VERGANGENEN MONATS
SCHECKKONTO			
SPARKONTO			
CREDIT UNION (KREDITGENOSSENSCHAFT)			
SONSTIGES			

E. AKTIEN UND ANLEIHEN

1. BESCHREIBUNG	2. ANZAHL DER AKTIEN	3. NENNWERT

F. IMMOBILIEN

ICH BESITZE ODER KAUFTE DIE FOLGENDEN IMMOBILIEN (EINSCHLIESSLICH MEINES EIGENHEIMS):

1. ADRESSE ODER RECHTLICHE BESCHREIBUNG	2. ERWERBSJAHR	3. SICHERHEITEN/GRUNDSCHULDEN GEHALTEN VON

G. BEWEGLICHES VERMÖGEN

ICH BESITZE FOLGENDES PERSÖNLICHES VERMOGEN:

1. ART DES VERMÖGENS	2. MARKE	3. JAHR	4. KENNZEICHEN UND BESCHREIBUNG	5. VERTRAG GEHALTEN VON	6. GESCHULDETER DARLEHENS BETRAG
AUTO					
AUTO					
BOOT/MOTOR					
BOOT/ANHÄNGER					
WOHNMOBIL					
CAMPER					
SONSTIGES					

IV. MONATLICHE AUSGABEN**A. WOHNKOSTEN**

1. MIETE ODER HYPOTHEKENZAHLUNGEN

2. STEUERN UND VERSICHERUNG (falls nicht in der obigen Zahlung enthalten)

MONATLICHE GESAMTWOHNKOSTEN
(Zeilen 1 und 2 addieren)**B. BETRIEBSKOSTEN**

1. HEIZUNG (Gas und Öl)

2. STROM

3. WASSER, ABWASSER, MÜLL

4. TELEFON

5. SONSTIGE (Angaben)

MONATLICHE GESAMTBETRIEBSKOSTEN
(Zeilen 1 - 5 addieren)**C. VERPFLEGUNGSKOSTEN**

1. ERNÄHRUNG FÜR _____ PERSONEN

2. MAHLZEITEN, DIE NICHT ZUHAUSE EINGENOMMEN WERDEN

3. SONSTIGES (Angaben)

MONATLICHE GESAMTVERPFLEGUNGSKOSTEN
(Zeilen 1 - 3 addieren)**D. KINDESBETREUUNG**

1. BEKLEIDUNG FÜR _____ KINDER

2. BEKLEIDUNG FÜR _____ KINDER

3. SCHULGELD FÜR _____ KINDER

4. KINDESUNTERHALTSZAHLUNGEN FÜR KINDER, DIE NICHT IN IHREM HAUSHALT LEBEN

5. SONSTIGE KINDESBEZOGENE AUSGABEN (Liste):

MONATLICHE GESAMTKINDESBETREUUNGSKOSTEN
(Zeilen 1 - 5 addieren)**E. KFZ KOSTEN**

1. AUTOKREDIT- BZW. -LEASINGRATEN

2. VERSICHERUNG

3. FÜHRERSCHEIN

4. KFZ BETRIEBSKOSTEN UND ROUTINEMÄSSIGE INSTANDHALTUNG

5. PARKGEBÜHREN

6. SONSTIGES (Angaben)

MONATLICHE GESAMT KFZ KOSTEN
(Zeilen 1 - 6 addieren)**F. BEKLEIDUNG**

1. ARBEITSKLEIDUNG

2. SONSTIGE KLEIDUNG

MONATLICHE GESAMTBEKLEIDUNGSKOSTEN
(Zeilen 1 und 2 addieren)

IV. MONATLICHE AUSGABEN (FORTSETZUNG)**G. KRANKENVERSICHERUNG**

1. PRÄMIEN FÜR KRANKEN- UND ZAHNVERSICHERUNG

2. NICHT VERSICHERTE ZAHNÄRZTLICHE, ORTHODONTISCHE, ÄRZTLICHE UND AUGENÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

3. SONSTIGE NICHT VERSICHERTE KOSTEN FÜR MEDIZINISCHE BEHANDLUNGEN (Liste):

MONATLICHE GESAMTKRANKENVERSICHERUNGSKOSTEN
(Zeilen 1 - 3 addieren)**H. PERSÖNLICHE BEDÜRFNISSE**

1. HAARPFLEGE/HYGIENE

2. SCHULUNG/FORTBILDUNG

3. BÜCHER, ZEITUNGEN UND ZEITSCHRIFTEN

4. SONSTIGES (Liste)

MONATLICHE GESAMTKOSTEN FÜR PERSÖNLICHE BEDÜRFNISSE
(Zeilen 1 - 4 addieren)**I. SONSTIGE WIEDERKEHRENDE MONATLICHE AUSGABEN UND ZAHLUNGEN**

1. GEZAHLT AN

2. SCHULDENSALDO

3. MONATLICHE ZAHLUNG

MONATLICHE GESAMTKOSTEN FÜR WIEDERKEHRENDE AUSGABEN UND ZAHLUNGEN
(Die 13 Zeilen oben addieren)**J. MONATLICHE GESAMTAUSGABEN****(Alle GESAMT-Zeilen im Abschnitt Monatliche Ausgaben von A bis I addieren)**

Ich erkläre unter Androhung der Meinedstrafe gemäss den gesetzen des Bundesstaates Washington, dass die von mir Vorstehend gemachten Angaben nach bestem Gewissen wahr, richtig und vollständig sind. Ich bin mir darüber im Klaren dass der Bundesstaat Washington mich wegen Betrugs, absichtlicher Verfälschung von Angaben oder Vorspiegelung falscher Tatsachen strafrechtlich verfolgen kann. Ich bin mir des Weiterem darüber im Klaren, dass meine Aussagen vom Department of Social and Health Services überprüft werden.

UNTERSCHRIFT

DATUM